

population entraîne une demande croissante en soins non spécifiques ainsi qu'une forte demande de prise en charge sociale face à la dépendance. La pyramide des âges tend à s'inverser et les choix sociaux sont fortement influencés par cette tendance. Plus récemment, l'apparition de la précarité crée une nouvelle demande à la fois sanitaire et sociale qui questionne l'hôpital dans sa cohérence technologique. La loi de 1991 puis les circulaires de 1992 réhabilitent son rôle social.

Le second volet de l'impasse tient à l'envolée des coûts sanitaires pour l'assurance maladie et sociaux pour les conseils généraux. Les lois de différenciation du sanitaire et du social se révèlent coûteuses. Conserver la cohérence d'outil et l'éclatement des plateaux techniques apparaît comme source de gaspillage.

Sous cette double pression, il devient nécessaire de rechercher une nouvelle cohérence et plus de coordination intra et interinstitutionnelle.

Un second constat est l'inadéquation progressive de l'offre à la demande. Dans son ensemble, le système de soins sanitaires et sociaux se trouve pris à contre-pied de sa logique de développement par l'évolution de la demande. La raréfaction des ressources n'est, en fait, que l'expression de cette inadéquation.

Les réseaux « réconciliateurs » de l'offre et de la demande

L'univers sanitaire ou social se structure sous l'influence de quatre dynamiques d'intérêts, différentes bien que complémentaires : les professionnels, l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les usagers. Ces dynamiques ont chacune leurs objectifs et manières de fonctionner.

Les professionnels, médecins ou infirmières le plus souvent, s'organisent en groupes de libéraux, pour proposer un service complet, efficient, coordonné et continu de soins compétents. C'est un réseau de complémentarité et de communication.

L'assurance maladie, avec ses partenaires tradi-

tionnels que sont les hôpitaux, s'organise en réseaux par l'intermédiaire des services d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de services infirmiers à domicile (SIAD). L'objectif premier est la maîtrise des dépenses de ville à travers la constitution d'enveloppes de plus en plus globales ou de forfaits. Ce sont des réseaux d'efficience.

Les usagers se mobilisent en mouvements de consommateurs ou en communautés de préoccupation (sida, mucoviscidose ou myopathie). Par leurs demandes de prestations de qualité, par leurs exigences d'efficacité dans les relations entre le savoir (la recherche) et la mise en pratique, leurs associations contribuent à structurer le milieu professionnel. Ce sont des réseaux d'orientation.

Les collectivités territoriales interviennent par la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Les aides ménagères, les téléalarmes, les plateaux repas, constituent des réseaux de travailleurs indépendants ou d'associations. Les aides médicales de remplacement, la gestion des allocations de RMI ou de dépendance, les aides sociales aux enfants ou à leur famille, forment des réseaux communautaires ou médico-sociaux. Ce sont des réseaux de services.

Dans chacun de ces domaines, les réseaux tendent à accorder l'offre à la demande en organisant la coordination des services autour du bénéficiaire. La cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil.

Ainsi, un réseau caractérise à la fois les acteurs et les relations entre les acteurs. Dans le domaine sanitaire et social, les relations entre les acteurs sont établies par rapport à leurs besoins et attentes. Les comportements ou les normes de pratiques professionnelles dans les réseaux sont fonction des origines ou des raisons d'être initiales. Ils tiennent au moins autant du sentiment d'appartenance que de la convention formelle et sont plus souvent implicites qu'explicites. ■

Au sein des réseaux, la cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil.

Les enjeux de la coordination

Didier Patte

La fonction de coordination introduite par les réseaux se situe au centre de plusieurs dynamiques : celle du patient et son entourage, celle des libéraux, celle de l'hôpital, celle des associations, qu'elle peut mettre en œuvre à la demande. Au sein de ces différents univers sociaux ou professionnels, elle fait évoluer les modes de fonctionnement et de financement, se pose en alternative, introduit une continuité des soins, facteur de qualité, et suscite de nouvelles compétences.

Coordination et maîtrise des coûts

L'enjeu est l'introduction d'une complémentarité entre les soins en ville et la compétence spécifique de l'hôpital. Pour l'assurance maladie, il pourrait, à terme, exister pour un même malade un budget global comprenant les prestations d'hôpital et de ville. C'est une clé de l'optimisation des ressources disponibles, donc une clé de la maîtrise médicalisée. L'objectif est d'utiliser l'hôpital au minimum nécessaire. L'organisation en réseau est un outil permettant de modifier les flux

de financement et les flux de patients, sans déplacer réellement les acteurs.

La forfaitisation de la prise en charge à domicile qu'ont adopté certains réseaux de soins coordonnés, selon un barème négocié avec la caisse maladie et modulable selon les niveaux de prestation, n'est pas une démarche anodine. Au-delà de l'apparente simplification des systèmes comptables et des flux de fonds, il s'agit bien de l'ébauche d'une modification profonde des modes de financement des prestations sanitaires et sociales.

Coordination et planification

Les réseaux représentent un potentiel de prise en charge globale pour peu qu'ils agissent comme coordonnateurs de soins. Ils matérialisent en quoi l'hôpital est redondant ou surdimensionné, pour ce qui peut se faire en ambulatoire. L'assurance maladie soutient activement certaines expériences comme alternatives efficaces à l'hospitalisation. Certaines fonctions de l'hôpital (enrichies, et c'est un atout majeur, de fonctions sociales) peuvent être assurées sans assumer les coûts de l'infrastructure hospitalière, en s'en remettant au secteur libéral.

Là où les réseaux seront partie prenante de la filière de soins, et seront considérés comme des lits actifs, on ne pourra échapper à une redéfinition globale du plateau technique local qui imposera à terme des fusions ou des fermetures d'établissements hospitaliers.

Certaines expérimentations incitent à développer de nouvelles prestations à domicile et appellent de nouvelles compétences. Elles doivent aboutir à l'implication des personnels hospitaliers aux côtés des libéraux. Dans la mesure où des activités hospitalières paraissent superflues, les redéployer vers la ville peut être une bonne manière de servir tout en conservant l'emploi.

Coordination et qualité

En apportant à la fois la continuité et la régularité, la coordination des soins répond à des critères de qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources.

Ce qu'on observe par ailleurs en milieu hospitalier lorsque plusieurs intervenants sont responsables d'une même prise en charge paraît parfaitement applicable dans ce contexte. Le réseau est un lieu de « faire savoir » sur les soins prodigués au patient qui optimise l'intervention des uns et des autres et assure la continuité. L'analogie avec le rôle de la surveillante hospitalière s'impose ici.

La prise en charge au sein d'un réseau s'inscrit également dans le temps. Les patients sont là pour longtemps. Il s'instaure un suivi des personnes, particulièrement des sujets âgés et de ceux souffrant d'affections chroniques. Pendant ce temps, il se construit une relation fondée sur la connaissance du patient et de son environnement. Cette accumulation

de connaissances autorise des décisions adaptées. Il est plausible que cette connaissance permette une meilleure adaptation des traitements, des soins, et des examens, ainsi qu'une diminution des recours inutiles à l'hospitalisation. Ici, c'est l'analogie avec le médecin de famille qui s'impose.

Un métier nouveau

La désignation globale de « système de soins » résume bien à elle seule la fonction première des structures conventionnelles : produire des soins. Médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, chacun dans leurs domaines sont producteurs de soins.

La raison d'être des réseaux semble d'une autre nature. Par leur fonction essentielle de coordination, ils introduisent une dynamique forte et orientent de façon cohérente un ensemble de prestations vers un but de production de santé, bien-être physique, social et mental.

Ce rôle relève de fonctions gestionnaires et ordonnatrices que le financement des réseaux rémunère à des degrés divers et sous des formes variées. Les moyens mis en œuvre matérialisent cette activité. Les réseaux les plus structurés ont créé des emplois de coordonnateurs, véritables cadres de l'organisation des soins en ville. C'est là un métier de santé nouveau qu'on peut s'attendre à voir s'organiser en profession. Là où il s'est formalisé, on observe qu'il est entièrement investi par le monde infirmier.

Loin d'être un épiphénomène, un avatar de l'offre de soins, l'émergence des réseaux traduit un mouvement profond qui pourrait remettre en cause les fondements même de l'organisation des soins tant hospitaliers que libéraux, tant médicaux que paramédicaux et sociaux. L'attention qu'y portent tutelles et payeurs en suscitant et encadrant l'innovation est révélatrice de l'ampleur des enjeux de santé publique en cause. ■

L'émergence des réseaux traduit un mouvement profond qui pourrait remettre en cause les fondements mêmes de l'organisation des soins